Medical Library
1888

Ueber die forensische Bedeutung der uterusruptur.

Inaugural-Dissertation,

welche mit Genehmigung der

dicinischen Fakultät d. Kgl. Universität Breslau

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

Mittwoch, den 14. März, Mittags 12 Uhr

in der kleinen Aula

nebst den beigefügten Thesen öffentlich verteidigen wird

ADOLF LOEWY,
praktischer Arzt.

Opponenten:

Hermann Krakauer, cand. med.
Sigismund Moses, cand. med.

Ohlau,
Druck von M. Neumann
1888.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn

Dr. Ernst Fraenkel

Docenten an der Universität

in Hochachtung nnd Dankbarkeit

sowie

Seiner lieben Mutter

in kindlicher Liebe und Verehrung

gewidmet

vom

Verfasser.

Genehmigt zum Druck auf Antrag des Referenten:
Herrn Geh. Medicinal-Rat Prof. Dr. **Fritsch.**

Die nicht seltenen Fälle, in denen Aerzte und Hebammen richtlich zur Verantwortung gezogen werden, weil unter ihrer handlung und besonders nach instrumentellem oder manuellem ngreifen ihrerseits bei einer Kreissenden eine uterusruptur ent-nden ist, haben mir den Gedanken nahegelegt, ob sich nicht iterien finden lassen, vermittelst deren eine spontan bei der Geburt tstandene Gebärmutterzerreissung sich von einer violenten unter-heiden lasse und so die Schuld oder Unschuld der wegen Körper-rletzung Angeklagten feststellen lasse. Es sind zu dieser Frage der neuesten Zeit merkwürdiger Weise nur wenig Beiträge ormann — Rheinstädter) geliefert worden, obgleich durch die hnbrechende (1875) erschienene Abhandlung Bandl's die Ansichten er die Mechanik der Entstehungsweise der uterusruptur eine ale Umwälzung erfahren haben und sich diese Revolution selbst-rständlich auch auf die forensische Beurteilung solcher Fälle lectiren muss. Auch die neuesten Lehrbücher der gerichtlichen dicin (Maschka — Hoffmann — Casper-Liman) sprechen sich er die Beurteilung solcher Fälle höchst gewunden und reservirt s, so dass es nicht selten vorkommt, dass in den motivirten Gut-hten beamteter Medicinalpersonen immer wieder auf die veralteten, n Bandl zuerst gründlich widerlegten Anschauungen über die tstehung der Zerreissung der Gebärmutter zurückgegriffen wird. durch wird den angeklagten Medicinalpersonen oft mit Unrecht e Schuld beigemessen, die sie in Wirklichkeit nicht trifft. Ohne-ist es ja notorisch, dass das Publikum wie der Richter — und ch der Letztere ist ja nur Laie und vom Gutachten der Sach-ständigen ganz abhängig — von vornherein geneigt sind, eine gen Gebärmutter-Zerreissung angeklagte Medicinalperson dann verurteilen, wenn dieselbe nachgewiesener Massen manuell oder trumentell vor Entstehung der Ruptur eingegriffen hat. In Wirk-hkeit ist die Sache vielleicht dahin zu beurteilen, dass, wenn rhaupt einem Arzte die Schuld an der Entstehung einer uterus-tur beigemessen werden kann, dieses sein Verschulden viel r in einer Unterlassungs- als in einer Begehungssünde bestehen fte. Indessen diese erstere Art von Verschulden will ich hier

nicht in den Kreis meiner Betrachtungen ziehen, vielmehr nur d
jenigen Fälle, wo nach einem notwendig gewordenen geburtshilflich
Eingriff es zweifelhaft sein kann, ob die Zerreissung der Geb
mutter trotz desselben vielleicht schon vorher oder durch denselb
und zwar durch eine fehlerhafte, nicht kunstgemässe Ausübung d
Hilfsleistung seitens des Arztes oder der Hebamme entstanden i
Damit sind selbstverständlich auch alle die Fälle von uterusrupt
in der Schwangerschaft von dieser Betrachtung ausgeschlossen, s
es, dass sie entstanden durch ein unbeabsichtigtes trauma, oder pr
vocirt in der Absicht, einen criminellen Abort hervorzurufen. I
will nun zunächst an der Hand eines concreten Falles, der v
nicht langer Zeit den Gerichten vorgelegen und dessen Veröffen
lichung seitens der Königl. Staatsanwaltschaft Herrn Privatdocent
Dr. Ernst Fraenkel in Breslau gestattet worden ist, zu zeigen ve
suchen, welche Fragen bei der Entscheidung über den spontan
oder violenten Ursprung einer Ruptur die entscheidende Rolle spiele
Ich werde mich bemühen, das Gutachten des hierbei amtirend
Herrn Kreisphysikus unter dem Gesichtspunkte der neueren Band
schen Anschauungen über die Entstehung der uterusruptur zu b
leuchten und hiernach meine eigenen Schlussfolgerungen über d
Schuld oder Unschuld der in diesem Falle angeklagt gewesen
Hebamme zu ziehen. Diese Folgerungen sind von mir ganz una
hängig von dem in der damaligen Gerichts-Verhandlung nur mün
lich abgegebenem Gutachten des Herrn Dr. Fraenkel, das mir na
Form und Inhalt nicht bekannt gegeben wurde, aufgestellt, al
ein selbstständiges motivirtes Gutachten meinerseits.

In zweiter Reihe wird es mein Bestreben sein, aus diese
concreten Falle diejenigen allgemeinen Gesichtspunkte abzuleite
welche für die Beurteilung der spontanen oder violenten Entstehung
weise der uterusruptur massgebend sind, und zu untersuchen, o
überhaupt derartige Kriterien existiren.

Der Fall selbst, den ich der Kürze halber nur auszugswei
veröffentlichen kann, ist folgender:

Am Spätabende des 11. April 18.. wurde die Hebamme
zu Frau Y. geholt, um dieser bei ihrer, schon am Morgen desselb
Tages gegen 5 Uhr begonnenen Niederkunft Hilfe zu leisten. D
Kreissende war eine 37jährige, bisher gesunde IX para, die sieb
ausgetragene, lebende, stets sehr kräftig entwickelte und ein tot
Kind, stets ohne ärztliche Hilfe, zur Welt gebracht hatte. D

bamme untersuchte die Y. viermal, und zwar dreimal in der fachen Rückenlage im Bett mittelst des in die Scheide und in unteren Teil der Gebärmutter eingeführten Zeigefingers. Sie ubte eine Steisslage constatiren zu können. Da sie sich jedoch über Kindeslage angeblich noch nicht völlig klar war, so schien es nötig, die Kreissende, bei der das Fruchtwasser schon vor ungähr 3 Stunden abgegangen war, auf ein Querbett zu lagern und der vollen Hand in die Scheide und Gebärmutter einzugehen. rbei will die X. jedoch die Wandungen der Gebärmutter, die nach ihrer Aussage bereits völlig vom Kinde zurückgezogen, ht berührt, sondern nur die vorliegenden Kindsteile genau abastet haben. Nachdem sie nunmehr zu der sicheren Ueberzeung vom Vorhandensein einer zweiten Schulterlage des Kindes Vorliegen der rechten Schulter — Rücken des Foetus nach ten gekehrt — gelangt war, will sie den Ehemann der Y. aufordert haben, einen Geburtshelfer herbeizurufen.

Nach der von dieser Darstellung abweichenden Aussage des Anzeige erstattenden Arztes Dr. A. sei die Hebamme alsbald h erfolgtem Blasensprunge gerufen worden, habe trotz des Zuens des Ehemannes die Herbeiholung ärztlicher Hilfe abgelehnt, vielmehr bis zum Ellbogen in die Genitalien der Y. eingegan, habe aber trotz länger dauernder und sehr unsanfter Manipuionen endlich von der Vollendung der Geburt abstehen müssen.

Die Kreissende, die schon bei der Ankunft der Hebamme mlich entkräftet gewesen und nur schwache Wehen gehabt haben l, klagte schon vor der Untersuchung über Empfindlichkeit des terleibes gegen äussere Berührung; bei der inneren Untersuchung, h auf dem Querbett und mit der vollen Hand, soll sie nach der ereinstimmenden Aussage der Hebamme und des dabei anwesenn Ehemannes nicht die leisesten Anzeichen von Schmerz zu ernnen gegeben haben. Das Kind soll mangels wahrnehmbarer wegungen schon bei der Ankunft der Hebamme abgestorben sein.

Die Untersuchung mit der vollen Hand, behauptet die Hebme, war notwendig, weil sie zwar eine Steissgeburt allein hätte rnehmen können, sich aber überzeugen musste, ob die Lage des ndes nicht eine ungünstige war und somit die Zuziehung des ztes erforderlich war. Die Hebamme forderte angeblich nach ernnter Kindslage zuerst die Herbeiholung eines Arztes, nicht der emann, wovon sie sicher nicht abgeraten haben würde.

Mit dieser von der Anzeige des Arztes Dr. A. erheblich abichenden Aussage der Hebamme X. stimmt im Wesentlichen die richtliche Aussage des Ehemannes der Entbundenen, Y., überein. giebt zu, dass die Hebamme erst drei Stunden nach erfolgtem asensprung bei der Kreissenden eintraf; er hat ferner, während

er den Oberkörper seiner Ehefrau während der Untersuchung a dem Querbett seitens der Hebamme hielt, nicht genau bemerk wie tief die letztere mit der Hand eingegangen sei oder was s hantirt habe. Während der ganzen Manipulationen seitens d Hebamme habe sich seine Frau ganz ruhig verhalten und Zeich von Schmerz nicht an den Tag gelegt. Er sagt ferner nichts d von, dass die Hebamme die Herbeiholung eines Arztes verweigert im Gegenteile sagt nach seiner eigenen Angabe die X.: „Es i besser, Sie holen einen Arzt; es könnte doch etwas vorfallen Endlich giebt der Ehemann an, dass auch längere Zeit nach d Untersuchung mit der vollen Hand seine Fran noch kräftige Weh gehabt habe.

Nach dieser vierten und letzten Untersuchung seitens d Hebamme dauerten die schwachen Wehen fort. Sie verstärkt sich, als die Kreissende zweck Urinirens auf das Nachtgeschirr g setzt wurde, derart, dass dieselbe angab, sie habe das Gefühl, a ob das Kind nunmehr käme. In der That constatirte die Hebamm als Frau Y. wieder aufgestanden war, dass ein Arm des Kind vorgefallen war. So blieb der Zustand bis zur Ankunft des Arzte die $2^1/_4$ Stunde nach der letzten Untersuchung seitens der He amme erfolgte.

Dieser, Dr. A., vermutete schon bei der Inspection und Pa pation des Abdomen eine Querlage und bemerkte angeblich sofo an der linken Seite des Unterleibes etwas über Nabelhöhe eine e hebliche Auftreibung, deren Dignität er jedoch wegen der oft eige tümlichen Configuration des Abdomen bei Querlage des Kind nicht sehr hoch anschlug. — Die Hebamme behauptet, Dr. A. hab sie erst, als er den Leib des Kindes bis unterhalb der Arme b reits zu Tage gefördert, auf eine zwei Fäuste grosse Geschwul auf der linken Bauchseite fast in Nabelhöhe aufmerksam gemach die sie vorher nicht gesehen hatte, auch noch nicht zu der Zei als das Kind von dem Arzte gewendet wurde.

Dr. A. liess uun die Kreissende zwecks der nötigen Wendun wieder auf ein Querbett lagern und glaubte bei der inneren Unte suchung zuerst die Nase des Kindes zu fühlen. Bald überzeugt er sich jedoch, dass dies das Schulterblatt sei und fand nun a geblich den Kopf in der rechten, den Steiss in der linken Mutte seite, ebendort aber, als er vorsichtig tastend zwischen dem Kind körper und der ihm prall anliegenden uteruswand zur Aufsuchun und Ergreifung der Füsse in die Höhe gehen wollte, einen Riss i der sonst glatten Wand der Gebärmutter, und zwar unterhalb d oben beschriebenen Auftreibung der linken Seite des Abdomen, d sich ihm nunmehr sofort als ein innerer Bluterguss erklärte. E machte die Hebamme sofort auf diesen Incidenzfall aufmerksa

llendete die an sich einfache Wendung rasch, extrahirte ein frisch gestorbenes Kind, entfernte die Nachgeburt und versuchte mit folg die nunmehr eintretende, übrigens geringe Blutung durch rreichung von secale, kalte Umschläge und Vaginalinjectionen n kaltem Wasser zu stillen. Der Allgemeinzustand war bei ner Entfernung kein sichtlich schlechter. Zwölf Stunden später d er den uterus allerdings gut kontrahirt; keine äussere Blutung, gegen (seiner Ansicht nach) die Zeichen innerer Verblutung, behend in Zunahme und Schmerzhaftigkeit der Geschwulst und in nellem, kaum fühlbarem Pulsschlag. Exitus letalis circa 30 nden post partum.

Nach der Aussage des Ehemannes der Y. war dieselbe bald ch der Entbindung sehr schwach, litt am folgenden Tage an hlucken und Erbrechen, klagte über heftige Schmerzen bei der sesten Berührung der linken Seite, so dass sie selbst den Druck Eisblase auf dem Leibe nicht ertragen konnte und starb unter nahme aller dieser Erscheinungen dreissig Stunden post partum.

Da Dr. A. die Entstehung des Gebärmutterrisses „nur allein Einwirkung einer mechanischen Gewalt" zurückführte, da er die rbeiführung des Risses seinerseits durch die von ihm noch nicht gonnene Wendung bestritt, ebenso den Steiss, der an der Rissle lag, für „völlig untauglich" zur Verursachung einer Spontantur erklärte, so schien ihm nur noch die Möglichkeit übrig, dass Hebamme durch anscheinend von ihr vorgenommene ungeschickte endungsversuche oder rohe Untersuchung die Verletzung verurht habe. Er erstattete demnach bei der Königlichen Staatsanltschaft Anzeige gegen dieselbe.

Auszug der wesentlichen Abschnitte des Sectionsprotokolles.

I. Bauchhöhle.

Unmittelbar nach dem Aufschneiden fliesst frei ergossenes t von dunkler Farbe aus der Bauchhöhle heraus. Die Menge selben mit derjenigen des noch in der Bauchhöhle befindlichen ergossenen Blutes beträgt reichlich 210 Gramm.

11. Die Gebärmutter ragt wie eine Kugel aus der Tiefe des kens hervor. An ihrer linken seitlichen Wand ist ein Einriss dem Gebärmuttergewebe, welcher letzteres vollständig durchgt, so dass man mit dem Finger in die Höhle der Gebärmutter inkommt. Die Länge dieses Einrisses beträgt 8 cm., und ist

letzterer hauptsächlich an der Stelle, wo der Körper der Gebä mutter in den Halsteil übergeht.

12. Die innere Fläche der Gebärmutter ist an der Oberfläch sammetartig aufgelockert, ist durchgehends dunkelrot, besonders a fundus.

13. placenta sass rechts seitlich.

14. Die Wandungen der Gebärmutter betragen rechts w links nahe an 3 cm.

15. Eierstöcke etwas schlaffer und blutleer.

16. Scheide nicht mit der Gebärmutter gleichzeitig herausg schnitten; kein wesentlicher Befund.

17. Milz sehr schlaff und blutleer.

18. Linke Niere fühlt sich sehr erweicht an, ist vollständ blutleer, ebenso die rechte Niere.

19. Blasen- und Magenschleimhaut blass.

23. Vollständige Blutleere der Leber.

24. Dünndarmschleimhaut blass.

27. Die grossen Unterleibsgefässe sind blutleer.

28. Das Bauchfell ist in der Gegend beider Weichen und e was höher hinauf von mehr roter Färbung und bestehen rech wie links bandförmige Neubildungen, die von dem Bauchfelle au gehen und sich zu den Seitenwänden der Gebärmutter hin erstrecke

II. Brusthöhle und Hals.

In der rechten Brusthöhle sind 960 Gramm rötlich gefärbt Flüssigkeit, in der linken ca. 130 Gramm.

33. Herz fühlt sich auffallend schlaff an und sind die Gefäs an seiner Oberfläche blutleer. Beide Herzkammern vollständ blutleer.

34. Die beiden grossen Gefässstämme und die obere Hohlad blutleer.

35. Consistenz der Lungen auffallend schlaff.

36. Rechte Lunge blutleer, mit flüssigem, wenig schaumig serum durchfeuchtet.

37. Linke Lunge: oberer Lappen vollständig blutleer, n hinten links durch Senkung etwas weniger bluthaltig.

40. Grossen Blutgefäss-Stämme auf beiden Seiten des Hals blutleer.

III. Kopfhöhle.

44. Harte und weiche Hirnhaut zeigen blutleere Gefässe.

47. Adergeflechte im Hirn blutleer.

48. Gefässplatte ebenfalls blutleer.

49. Ebenso kleines Gehirn und Basalgefässe und
50. Längsblutleiter und die anderen sinus.

Vorläufiges Gutachten der Obducenten.

I. Die Y. ist an einer inneren Blutergiessung in die Unterbauchhöhle, welche letztere die Folge des in der linken Gebärmutterwand entstandenen Einrisses war, sowie an einer entzündlichen Affection des Bauchfells gestorben.

II. Die in beiden Brusthöhlen vorgefundenen starken Ansammlungen von blutig rötlicher Flüssigkeit sind erst in den letzten Augenblicken des Lebens entstanden, haben aber zu dem Zustandekommen des Todes mitgewirkt, obschon sie nicht als primäre Ursache des Todes zu erachten sind, vielmehr nur eine Folge der unter No. I gedachten Thatsachen.

III. Auf die Frage des Richters:

a. „Ob die constatirte Bauchfellentzündung allein geeignet gewesen wäre, den Tod herbeizuführen?“ erklären die Sachverständigen, dass dies nicht der Fall gewesen, weil dieselbe eine viel zu beschränkte Ausdehnung angenommen.

b. „Wie mutmasslich der Riss in der Gebärmutter entstanden sei?“

erklären die Sachverständigen, dass bei der vorgefundenen Dicke der Gebärmutterwandungen, bei dem regelmässig gestalteten Becken, sowie bei dem Umstande, dass alle früheren Entbindungen leicht und ohne Hilfe des Geburtshelfers von statten gegangen sein sollen, wohl nicht anzunehmen ist, dass der Einriss in der linken Gebärmutterwand von selbst entstanden sein möge, sondern dass vielmehr angenommen werden kann, dass der Einriss durch die Einwirkung einer von aussen kommenden, mechanisch wirkenden Gewalt hervorgebracht worden ist.

Motivirtes Gutachten.

Am Spätabende des 11. April 18.. wurde die Hebamme X. zu Frau Y. geholt, um dieser bei ihrer schon am Morgen desselben Tages begonnenen Niederkunft Hilfe zu leisten. Die X. untersuchte die Y. viermal, und zwar dreimal in der gewöhnlichen lang ausgestreckten Lage im Bette, wobei sie mit dem linken Zeigefinger in die Scheide und den unteren Teil der Gebärmutter einging. Im Zweck der viertmaligen Untersuchung glaubte die X. es für

notwendig erachten zu müssen, die Y. auf das sogenannte Querb
zu legen, und nun führte sie ihre rechte Hand ganz in die Geb
mutterhöhle ein, wobei sie jedoch die Wandungen der Gebärmutt
nicht berührt, sondern nur das Kind abgetastet haben will. Ni
mehr erst glaubte sie, die Ueberzeugung von der Querlage d
Kindes gewonnen zu haben, und forderte den Ehemann Y. a
einen Geburtshelfer herbeizurufen. Dieser, in der Person des Dr.
bemerkt schon gleich bei der äusseren Betastung des Unterleibes ei
erhebliche Auftreibung an der linken Seite desselben und konst
tirte, als er behufs der Wendung des Kindes vorsichtig mit sein
rechten Hand in die Gebärmutterhöhle eingegangen, sofort ein
Einriss an der linken Wand des uterus, und zwar unterhalb d
bereits erwähnten Auftreibung des Unterleibes. Er beschleunig
nunmehr die Wendung, um eine raschere Zusammenziehung d
uterus zu ermöglichen und wandte, nachdem das Kind tot hera
gebracht und auch der Mutterkuchen entfernt worden war, sog
nanntes Mutterkorn, kalte Umschläge und Einspritzungen von kalte
Wasser an, alles zu dem Zwecke, einerseits eine rasche Zusamme
ziehung der Gebärmutter, andererseits eine Sistirung der Blutu
herbeizuführen.

Der Zustand der Y. verschlechterte sich in anhaltender Wei
und trat am Morgen des 13. April ihr Tod ein. Am 28. Apr
fand die gerichtliche Section der Leiche statt, welche laut Section
protokoll der Hauptsache nach den oben geschilderten Befund e
gab.

In dem vorläufigen Gutachten war ausgesprochen worden, da
der Tod der Y. durch eine innere Blutergiessung in die Unterleib
höhle, wie durch eine entzündliche Affection des Bauchfells herbe
geführt worden sei. Von diesen beiden Todesursachen kann d
letztere, welche durch den Befund sub No. 28 bewiesen wird, a
die weit weniger entscheidende angesehen werden, weil die Bauch
fellentzündung eine viel zu beschränkte Ausdehnung angenomme
hat, als dass sie hätte im Stande sein können, für sich allein de
Tod der Y. herbeizuführen. Es kann ihr mithin nur eine mitwi
kende Bedeutung in Bezug auf den Tod beigelegt werden, und si
ist als eine Folge der mechanischen Insultation der Gebärmutte
bei dem ganzen Niederkunftsvorgang zu erklären.

Einen gleichfalls nur mitwirkenden Einfluss auf das Zustande
gekommensein des Todes hatten die in beiden Brusthöhlen (No. 30
vorgefundenen Ansammlungen von rötlich gefärbter Flüssigkeit, in
dem sie einen Druck auf beide Lungen ausübten.

Diese Ansammlungen sind durch Transsudation des währen
des langen Todeskampfes wässeriger gewordenen Blutes aus de
erschlafften Wandungen der Blutgefässe entstanden.

Dagegen ist dem Bluterguss (10) in die Bauchhöhle der weit- entscheidendste Einfluss auf den Tod der Y. zuzumessen, weil er ihm die grössten, wie in der Lebensoekonomie unentbehrlich- n inneren Organe blutleer wurden.

Es sind hierfür beweisend die Befunde 15, 17, 18, 23, 27, 34, 36, 37, 40, 44, 47, 48, 49, 50. Wegen dieser Blutleere war Aufhören der Funktionsthätigkeit des Herzens oder Gehirns unvermeidliches, und scheint auch auf diesem Wege der Tod durch Lähmung des Herzens vor sich gegangen zu sein, da Herz (33) sich auffallend schlaff anfühlen liess.

Wie die innere Blutung zu Stande gekommen ist, darüber bt der Befund sub No. 11 ausreichenden Aufschluss.

Wenn man bedenkt, dass die Gebärmutter beim Beginn und ırend des Vorwärtsschreitens der Schwangerschaft immer mehr t zugeführt erhält und am Ende derselben ihren grössten Blut- ehtum erlangt hat, so darf man sich nicht wundern, dass Einrisse deren Gewebe einen starken Bluterguss zur Folge haben, die demselben in proportionalem Verhältnisse stehen. Im vorliegen- Falle betrug die Länge des Einrisses 8 cm., und durchdrang zudem vollständig das Gewebe an der linken seitlichen Wand Gebärmutter bis in ihre Höhle hinein. Die hierbei zerrissenen ıtgefässe mussten demnach einen starken Blutaustritt herbeiführ- . Es wirft sich nun von selbst die Frage auf, wodurch dieser bärmuttereinriss entstanden sein möge.

Die Gebärmutter kann während der Geburt auf zweifache eise eine Continuitätstrennung erleiden, und zwar entweder ohne Dazukommen schädlicher, ausserhalb des Körpers der Kreissen- liegenden Momente (spontane Zerreissung) oder durch äussere, chanisch wirkende, die Continuität der Gebärmutter verletzende ıgriffe (künstliche Zerreissung). Die spontanen Zerreissungen mmen dann zur Beobachtung, wenn durch pathologische Verän- ungen die Widerstandsfähigkeit der uteruswände vermindert d, wie dies bei den verschiedenen angeborenen Missbildungen Organs, bei einer regelwidrigen Verdünnung oder fettigen Ent- ung seiner Wandungen, bei verschiedenen in dessen Gewebe gelagerten Neubildungen, bei Narben nach überstandenem Kaiser- nitt, bei starken Verengungen des Beckens, bei stürmischen und gleich wegen Querlage des Kindes fruchtlosen Wehen der Fall Von einer angeborenen Missbildung des uterus, von einer rbenbildung, von einer fettigen Entartung der Wände, sowie einer Neubildung in derselben liess sich nichts bemerken; enso war keine Beckenverengerung vorhanden und widersprach er solchen auch der Umstand, dass alle früheren, sieben Entbin-

dungen bei der Y. leicht und ohne Hilfe des Geburtshelfers v
statten gegangen sind.

Dagegen wurde durch die Section nachgewiesen, dass d
Wände des uterus die durchschnittlich normale Dicke hatten, ind
letztere (14) links wie rechts nahe an 3 cm. betrug, und ging a
der gerichtlichen Vernehmung der Hebamme Y. unzweideutig h
vor, dass, wiewohl eine Querlage des Kindes vorhanden war, denn
keine stürmischen Wehen bestanden, sondern im Gegenteil schwac
die sich nur das eine Mal vorübergehend verstärkten, als die
wegen Urinlassens auf das Nachtgeschirr gesetzt wurde.

Da kein Umstand sich auffinden lässt, welcher eine sponta
Zerreissung des uterus verschuldet, so liegt die Annahme nahe, da
dieselbe durch die Einwirkung einer von aussen kommenden, mech
nisch wirkenden Gewalt hervorgebracht worden ist.

In der Anzeige des prakt. Arztes Dr. A. wird die Hebam
X. beschuldigt, durch rohe Wendungsversuche den Gebärmutterri
verschuldet zu haben.

Es erübrigt nur das, was die Acten über die Art der ei
zelnen Handlungen der X. bei jener Entbindung erhalten, einer D
leuchtung zu unterwerfen.

Vorausschicken muss ich die Bemerkung, dass, da die X. i
Jahre 1874 ausgebildet worden ist, zu welcher Zeit das Heba
menlehrbuch vom Jahre 1866 beim Unterricht massgebend war, s
mithin nur für solche etwaige Handlungen oder Unterlassung
verantwortlich gemacht werden könnte, die gegen die Anschauu
gen und Anweisungen des damals leitenden Lehrbuches verstiesse

Indem die X., um sich von der Weite des äusseren Gebä
muttermundes sowie von der Lage des Kindes zu vergewisser
den linken Zeigefinger während einiger Zeit dreimal in die Scheid
und Gebärmutterhöhle einführte, handelte sie ganz correkt; ja e
könnte ihr kein Vorwurf gemacht werden, dass sie sich bei de
viertmaligen Untersuchung selbst der ganzen Hand bediente, w
fern sie dies nur zu dem Zwecke gethan haben sollte, sich vol
Gewissheit darüber zu verschaffen, ob in der That nur eine Steis
geburt vorliege, deren Uebernahme in ihre Competenz falle, ode
aber eine ungünstigere, nämlich Schief- und Quergeburt, wobei di
Zuziehung eines Arztes erforderlich sei. Der X.'schen Aussag
nur wegen dieses Zweckes die ganze Hand eingeführt zu haben
widerspricht aber gänzlich die Angabe des Ehemannes Y. Wen
auch kein Gewicht darauf zu legen ist, dass Y. von einer viertma
ligen Fingeruntersuchung spricht, nicht von einer dreimaligen nac
der X'schen Aussage, so aber doch darauf, dass nach dieser letz
maligen Fingeruntersuchung die X. erklärt habe, „das Kind könn

erhaupt nicht so geboren werden, es müsse zunächst gewendet rden und müsse sie zu diesem Zwecke die Frau in das Quer- t nehmen und um so mehr, da sie nicht ordentlich hantiren ne, weil sie das Bett zur linken Hand habe.“ Wenn es schon ht einleuchten kann, weshalb grade die Herrichtung des Quer- ttes zum Zwecke der Einführung der ganzen Hand notwendig vesen sein solle, da diese Handeinführung ja auch bei der ausge- eckten Lage der Y. im Bette sehr wohl und ebenso leicht möglich vesen sein würde, wenn somit in die Glaubwürdigkeit der X'schen ssage, das Querbett sei zum Zwecke der letztmaligen Unter- hung notwendig gewesen, Zweifel zu setzten, ja diese Aussage für eine leere Ausflucht zu erklären ist, so lassen diese eigenen orte der X., welche Y. anführt, gar keinen Zweifel darüber auf- mmen, dass sie das Querbett einzig und allein aus dem Beweggrunde gerichtet hat, um bei der Y. die Wendung des Kindes wahrzu- mmen.

Hiermitt überschritt aber die X. ihre Befugnisse; denn das bammenbuch von 1866 gestattet der Hebamme, wofern ein Ge- tshelfer am Wohnort der Kreissenden nicht anwesend ist, aus- mmsweise nur dann die Vornahme der Wendung:

1. Bei gefährlichen Blutungen am vorliegenden Mutterkuchen,
2. Bei Blutungen von zu früher Trennung des Mutterkuchens.
3. Bei gefährlichen Krämpfen, Ohnmachten und anderen plötzli- chen gefährlichen Krankheiten der Mutter.
4. Bei Vorfall der Nabelschnur, wenn sich dieselbe nicht hinter den Kindskopf zurückbringen oder durchaus nicht hinter dem- selben zurückhalten lässt. Keine von diesen vier genannten Veranlassungen lag laut Acten vor; denn keine von ihnen wird erwähnt.

Zwischen denjenigen Angaben, welche der Ehemann Y. an Dr. A. gemacht und denen, die er bei seiner Vernehmung zu Pro- koll gegeben, ist ein nicht unerheblicher Unterschied, indem er letzterer versichert, er habe nicht Acht genau darauf gehabt, tief die X. mit der Hand in die Gebärmutter eingegangen sei, r was sie hantirt habe, während er doch bei der ersteren ge- t hatte, die X. sei mit der Hand bis zum Ellenbogen eingegangen.

Indess spricht er auch bei der gerichtlichen Vernehmung von nuten, welche bei dem Eindringen mit der Hand vergangen seien.

Auffallend ist es, dass die Y., während dem die X. mit der nzen Hand in die Gebärmutter einging, sich ganz ruhig verhielt kein Zeichen von Schmerz an den Tag legte.

Möglicher Weise lässt sich diese Empfindungslosigkeit durch grosse Schwäche erklären, welche bei der Y. bereits schon vor- den war, als die Hebamme zu ihr kam.

Als Dr. A. zum Zwecke der äusseren Untersuchung den U terleib der Y. betastete, bemerkte er eine erhebliche Auftreibu an dessen linker Seite. Dieser aufgetriebenen Stelle entsprach inn lich, wenn auch etwas weniges unter ihr, der Einriss in der link Gebärmutterwandung, welchen Dr. A. constatirte, bevor er no mit dem Ergreifen der Füsse behufs der Wendung den Anfang g macht hatte, und wurde ihm sofort die Bedeutung der aufgetrieb nen Stelle als eine innere starke Blutansammlung klar.

Es geht hieraus hervor, dass mit dem geburtshilflichen Ve fahren des Dr. A. der Gebärmutterriss nicht in Verbindung zu bri gen ist. Allerdings will die X. eine solche Auftreibnng an d linken Bauchseite vorher nicht bemerkt haben, auch nicht zu d Zeit, als die Wendung gemacht wurde. Indess lässt sich auf die ihre Aussage auch nicht das geringste Gewicht legen, da die durch das lange Verkennen der Querlagerung des Kindes, sow durch ihre Aeusserung, dass die Wandungen der Gebärmutter sic bereits völlig vom Körper des Kindes zurückgezogen hätten, wä rend sie doch in Folge des seit mehreren Stunden vorher abg flossenen Fruchtwassers naturgemäss straff um das Kind anlieger sein mussten und es auch waren, zur Genüge bewiesen hat, da ihr jedes Beobachtungstalent abgeht. Da wie bereits erörtert, i nere Ursache zu einem spontanen Gebärmutterriss fehlte, und Dr. A. bereits vor dem Einschreiten seiner geburtshilflichen Thäti keit jene Auftreibung des Unterleibes wahrnahm, an welcher spät ihr Zusammenhang mit dem Gebärmutterriss sich mit voller Sicherhe constatiren liess, so ist die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit nicl abzuweisen, dass die unbefugten und nicht mit der nötigen Vorsicl vorgenommenen Wendungsversuche seitens der Hebamme X. jene Gebärmutterriss verschuldet haben.

Kreisphysikus Dr. N.
Kreiswundarzt Dr. N. N.

Das motivirte Gutachten des Königlichen Kreisphysikus stüt sich einmal auf die Ergebnisse der Section der denata, welche 1 Tage post mortem vorgenommen wurde, ferner auf die Zeugenau sagen des Ehemannes und des zur Vollendung der Entbindung he beigerufenen Arztes, endlich auf die Aussagen der angeklagten H bamme selbst.

Was zunächst die Section anbelangt, so ist, wie mir scheint, bei derselben auf wesentliche, für die Entscheidung der vorliegenden Frage nicht zu übergehende Punkte seitens der Obducenten keine genügende Rücksicht genommen. Es fehlen zahlenmässige Angaben über die wichtigsten äusseren und inneren Beckenmaasse, die selbst in einem Falle, wo vorausgegangene leichte Entbindungen das Vorhandensein von Beckenenge auszuschliessen scheinen, bei der Section einer an Gebärmutterzerreissung verstorbenen Frau niemals vernachlässigt werden dürfen. Es kann sehr wohl der Fall sein, dass eine multipara (wie hier denata eine IX. para) bisher ihre Kinder per vias naturales und ohne ärztliche Hilfe zur Welt gebracht hat und dennoch kann ein mässig verengtes Becken bestehen, welches bis dahin keine significanten Symptome erkennen liess. Band'l führt in seiner Monographie eine ganze Anzahl Geburtsgeschichten an, wo grade bei multiparis durch den Einfluss einer sehr mässigen Beckenenge eine Spontanruptur des uterus entstanden ist, Fälle, bei denen man nach dem Verlauf der früheren Geburten zur Diagnose eines engen Beckens nicht berechtigt war. Es genügt eine sehr kräftige Entwicklung des Kindes, wie sie ja bekanntlich grade bei Mehrgebärenden auftritt, bei denen mit der Anzahl der Geburten die Grösse der Frucht zunimmt, eine falsche Lage, Stellung oder Haltung des Foetus, um eine Beckenenge, die bei kleineren Früchten und günstiger Lage bei früheren Geburten sich nie geltend machte, nunmehr einen deletären Einfluss auf das Verhalten der uteruswandungen ausüben zu lassen. Speciell bei denata geht aus der Anamnese hervor, dass sie schon früher ein totes Kind geboren. Die Totgeburt war vielleicht, ebenso wie die Querlage bei der letzten tötlich verlaufenden Entbindung eine Folge des engen Beckens, über dessen Existenz uns der Sectionsbefund nicht aufklärt.

Ein zweiter Punkt, der in dem Sectionsprotokoll zum mindesten sehr auffällig erscheint, ist der, dass die Menge des in der Bauchhöhle befindlichen, frei ergossenen Blutes auf reichlich 210 Gramm angegeben wird. Vergleicht man mit dieser Angabe die Aussagen der Zeugen und der Angeklagten, wonach bei der Geburt selbst und nach derselben nur eine geringe Blutung stattgefunden hat, so muss man die Ursache für unbegreiflich finden, durch welche die im Sectionsprotokoll nachdrücklich hervorgehobene hochgradige Blutleere fast sämmtlicher inneren Organe entstanden sein kann. Denn ein Bluterguss von 210 Gramm in die Peritonealhöhle und ein als gering bezeichneter, also höchstens auch 210 Gramm betragender Blutverlust, der durch die Geschlechtsteile nach aussen erfolgte, kann bei einer — und dies war denata nach der Schilderung — sonst gesunden und kräftigen Frau nicht die Symptome der hochgradigen Anaemie aller inneren Organe und noch

viel weniger, wie dies die Obducenten in Titel I ihres vorläufig Gutachtens angeben, den Tod durch innere Blutergiessung in Unterleibshöhle verursachen. Es ist vielmehr anzunehmen, da die mit dem relativ geringen Blutverlust auffallend kontrastiren Blässe und Anaemie sämmtlicher blutreichen Organe nicht die Fo der Verblutung war, sondern dass (wie dies Casper-Liman V Auflage II. pg. 319 hervorhebt) „dieser scheinbar sichere Beft des Todes durch Verblutung bei denata — die erst 16 Ta post mortem secirt werden konnte — durch den bereits vor schrittenen Verwesungsprocess verdunkelt worden war, so dass wachsbleiche Farbe der Oberfläche und die blasse Färbung Organe in die Färbung der Verwesung verwandelt war und vorgefundene allgemeine Anaemie ebenso gut auf Rechnung Blutverdunstung durch die Fäulniss, bei welcher dieselbe nie fel als auf die etwaige Verblutung geschoben werden kann."

Auf die Beschaffenheit der Gebärmutterwandungen, speci das Verhältniss derselben am unteren Uterinsegmente und in Umgebung des Risses scheint mir in dem Obductionsprotoko nicht mit der zur Aufklärung der Entstehungsursache des Riss notwendigen Genauigkeit behandelt zu sein. Es ist nur angefüh dass die Wandungen rechts wie links nahe an 3 cm. dick war es ist jedoch das Verhältnis der Dicke der Wandungen „Hohlmuskel" (oberhalb des Contractionsringes (Schroeder) zu d oberen Teile des Durchtrittsschlauches (unteres Uterinsegmen wo der Riss hier wie auch sonst fast immer sass, in keiner We näher festgestellt. Nun steht es aus Bandl's Untersuchungen fe dass bei der einer uterusruptur vorangehenden enormen Dehnu des unteren Uterinsegmentes dasselbe einige Zeit nach der Gebu resp. nach stattgehabter Zerreissung und Durchtritt des Kindes die Bauchhöhle noch sehr verdünnt und in die Länge gezogen scheint (Bandl Tafel I, Figur 3 — 6). Auch die Venenlumina subperitonalen Zellgewebe, sowie die Gewebsräume daselbst blieb in Bandl's Fällen, wenn die Wöchnerinnen bald nach der Entb dung starben, noch nachweisber in die Länge gezogen. Es ist zunehmen, dass in unserem Falle, wo denata ca. 30 Stunden p partum starb, diese Veränderungen, falls vorhanden, durch Section noch nachweisbar sein mussten. Der directe Nachweis ei solchen Dehnung der cervixwand aber wäre sehr wichtig gewes zum Beweise mindestens einer Prädisposition der Kreissenden die Ruptur, wie andererseits das Fehlen einer solchen Dehnu oder der Mangel des Erhaltenseins der Dehnbarkeit des unte Uterinsegmentes für die Wahrscheinlichkeit einer violenten Ents hung des Gebärmutterrisses spricht. Auch über die Beschaffenh der Ränder der Rissstelle ist nichts Genaueres angegeben.

Wenn ferner in dem vorläufigen Gutachten behauptet wird, lass neben der inneren Verblutung durch den Einriss auch eine ntzündliche Affection des Bauchfells als Todesursache mitgewirkt abe, und wenn diese Behauptung begründet wird durch den Be- und (Titel 28), nach dem das „Bauchfell in der Gegend beider Weichen und etwas höher hinauf von mehr roter Färbung war und echts wie links bandförmige Neubildungen bestanden, die von dem Bauchfelle ausgehend sich zu den Seitenwänden der Gebärmutter in erstreckten", so kann ich auch diese Schlussfolgerung nicht als ichtig anerkennen. Solche bandförmige peritonitische Adhäsionen, m die es sich hier offenbar handelte, können unmöglich in der urzen Zeit von ca. 30 Stunden von der Entbindung bis zum Tode ntstanden sein. Sie sind vielmehr der Ausdruck einer älteren ab- elaufenen pelviperitonitis, die vielleicht in einem der früheren Wochenbette bestanden hat. Allerdings ist der Tod von denata meiner Ansicht nach durch eine peritonitis verursacht worden; es war diese Entzündung des Bauchfells aber höchst wahrscheinlich ine durch akute sepsis verursachte, wie sie Marion Sims zuerst ls Ursache der raschen Todesfälle nach Ovariotomieen geschil- lert hat.

Endlich finden wir in dem Obductionsberichte der Section des Kindes keine Erwähnung gethan. Diese war aber zur Auf- klärung des Thatbestandes durchaus nicht zu umgehen, besonders bei den, wie wir bald zeigen werden, sich widerprechenden Anga- ben der Hebamme und des behandelnden Arztes über die Kinds- lage bei der Geburt. Da es nach übereinstimmendem Bericht eine Schulterlage war und zwar mit dem Rücken nach vorn, so hätte die an der vorliegenden Schulter uud dem vorgefallenen Arme des Kindes noch lange nach dessen Tode nachweisbare Geburts- geschwulst Klarheit über die Kindslage gebracht. Vor allem aber wäre der Punkt aufgeklärt worden, ob die Ruptur an derjenigen Seite sich befand, in welcher das Beckenende des Kindes lag (nach Angabe des Arztes) oder wie gewöhnlich auf der Seite des abge- wichenen Kindskopfes. Da eine Spontanruptur an derjenigen Seite, in welcher der Steiss des Kindes lag, bisher noch nicht be- obachtet ist, so spräche dieser Befund in unserem Falle für eine violente Entstehung. Es ist aber bei der Mangelhaftigkeit des Ob- ductionsprotokolles und bei den sich widersprechenden Angaben der Beteiligten die Annahme des Sitzes der Rissstelle entsprechend dem kindlichen Steiss jedenfalls keine sicher zu beweisende.

Wir sehen also, dass die hervorgehobenen Lücken in dem Obductionsprotokolle die Unterstützung des Gutachtens der Obdu- centen durch den Sectionsbefund ausschliessen.

Aber auch aus der Geburtsgeschichte und den Aussagen der

angeklagten Hebamme und des die Anzeige erstattenden beh
delnden Arztes ergiebt sich keine genügende Unterstützung
Gutachten der Obducenten. Nach dieser Anzeige wird die H
amme beschuldigt, durch rohe Wendungsversuche den Gebärmutt
riss veranlasst zu haben, und es wird ihr in dem Gutachten
belastend angerechnet, dass sie, nachdem die wiederholte Digit
untersuchung ihr keine Gewissheit über die vorhandene Kindesla
schaffte, die Kreissende auf ein Querbett zum Zwecke der Einf
rung der ganzen Hand lagerte, obwohl doch diese Untersuchun
weise auch bei der ausgestreckten Lage der denata im Bett se
wohl und ebenso leicht möglich gewesen wäre. Es wird dara
von den Obducenten gefolgert, dass die Angeklagte das Querb
nur zum Zweck der eigenmächtigen, ihr in diesem Falle nicht
laubten Wendung des Kindes eingerichtet, dass sie ferner die
Wendung auch vorgenommen und hierbei durch ungeeignete u
rohe Manipulationen die Zerreissung herbeigeführt habe. Hiergeg
muss zuerst der Einwand erhoben werden, dass es nicht richtig i
dass die Untersuchung einer zweifelhaften Kindeslage mit d
vollen Hand ebenso leicht bei horizontaler Rückenlage der zu u
tersuchenden als auf dem Querbett, also in Steinschnitt- oder Stei
rückenlage, ausgeführt werden könne. Es ist vielmehr bei d
durch die letztere Position ermöglichten, viel stärkeren Senku
des Vorderarms und Ellenbogens ein bedeutend höheres Eindring
der untersuchenden Hand in das Becken und eine genauere Abta
tung der Verhältnisse desselben und der Kindslage möglich. D
angeklagte Hebamme hat also vollkommen correct gehandelt, we
sie zwecks Vornahme einer genauen Untersuchung mit der voll
Hand und zur Feststellung der ihr zweifelhaften Kindeslage d
Gebärende auf ein Querbett lagerte. Aus diesem Umstande i
aber nicht zu folgern, das sie die Wendung hätte vornehme
wollen oder dass sie gar die letztere ausgeführt hätte. Ich wi
indesssen diesen Punkt ganz dahingestellt sein lassen; es ist mö
lich, dass sie unbefugter Weise die Wendung versucht hat. Jede
falls hat sie aber dabei nach der mit der ihrigen übereinstimme
den Aussage des anwesenden Ehemannes keine rohe Gewalt g
braucht, da die Kreissende während dieser Untersuchung mit d
vollen Hand, resp. während dieser Wendungsversuche nicht d
leisesten Anzeichen von Schmerz zu erkennen gab. So rohe We
dungsversuche, dass dabei die nicht gedehnte cervixwand gewal
sam mit der Hand durchbrochen wird, sind ohne irgend welch
Schmerzensäusserungen der Kreissenden schwer denkar.

Wenn die Obducenten annehmen, dass sich diese Ruhe un
Empfindungslosigkeit durch die grosse Schwäche erklären läss
welche bei denata bereits vorhanden war, als die Hebamme zu il

am, so muss gegen diese Annahme eingewendet werden, dass die erminderte Empfindlichkeit nicht die Folge der grossen Schwäche t. Eine so hochgradige Schwäche und Reactionslosigkeit spricht n sich schon für die Annahme, dass der Gebärmutterriss bereits ollendet war oder dass die Verhältnisse für die Ruptur bei der nkunft der Hebamme schon sehr „ausgebildet" waren, der letzten also keine Schuld beizumessen ist. Dafür spricht auch, dass e Kreissende schon bei Eintreffen der Hebamme sehr entkräftet ewesen sein soll und dass die Wehen schwach waren, ferner der mstand, dass denata schon vor der Untersuchung über Empfindchkeit des Unterleibes gegen äussere Berührung geklagt haben oll, und endlich, dass das Kind bei der Ankunft der Hebamme hon abgestorben war, also durch veränderte Contractionsverhältsse des uterus bedeutende Störungen des Placentarkreislaufes vorngegangen sein müssen. Das Gutachten der Obducenten lässt rner ausser Acht das nachweisliche Fortdauern der schwachen Vehen nach der letzten Untersuchung seitens der Hebamme, die ch sogar, als die Kreissende zweck Urinirens sich auf das Nachtschirr setzte, derart verstärkten, dass dieselbe angab, sie habe as Gefühl, als ob das Kind nunmehr käme." In der That conatirte die Hebamme darauf den Vorfall eines Armes der Frucht. o blieb der Zustand bis zur Ankunft des Arztes, 2¼ Stunden ach der letzten Untersuchung seitens der Hebamme. Daraus heint mir hervorzugehen, dass die Untersuchung der Hebamme eine complete Ruptur verursacht haben kann; denn nach einer olchen pflegen die Wehen ganz zu sistiren und ein selbst dem aien auffallender Collaps einzutreten. Möglich, aber nicht sehr ahrscheinlich ist es, dass bei der Untersuchung, oder, wie die bducenten meinen, bei dem Wendungsversuche seitens der Hebmme eine incomplete Ruptur bei schon vorher dafür ausgebildeten erhältnissen geschaffen wurde, die sich dann, sei es bei dem hefgen Drängen zum Uriniren, sei es beim Eingehen des Arztes mit er Hand zwecks Vornahme der Wendung, in eine complete umandelte. Uns erscheint es viel wahrscheinlicher, dass die Hebmme überhaupt keine Ruptur veranlasste, dass vielmehr eine solche, nd zwar zunächst incomplet, in dem geschilderten Moment, als die reissende unter starkem Drängen vermeinte, der Moment der Geurt sei gekommen, eintrat, wofür auch der Vorfall des einen Ares in diesem Momente spricht, und dass dieser incomplete Riss st durch die Wendungsversuche des Arztes zu einem vollständien gemacht wurde. Dass dem so sei, geht auch aus der Behaupng des Arztes hervor, dass er angeblich sofort bei seiner Anmft bei der Kreissenden „an der linken Seite des Unterleibes was über Nabelhöhe eine erhebliche Auftreibung bemerkte", deren Dignität er jedoch wegen der oft eigentümlichen Configuration des

Abdomen bei Querlagen des Kindes nicht sehr hoch anschlug", er jedoch bald darauf, als er bei der Vornahme der Wendung Gebärmutterriss entdeckte, sofort als einen inneren Bluterguss klärte. Ich verzichte hier darauf, die Widersprüche in den A sagen der Hebamme, nach welchen dieser Bluterguss erst na den Wendungsversuchen des Arztes aufgetreten sein soll, und Arztes, wonach derselbe schon bei seiner Ankunft bestand, auf klären, ebenso die sich widersprechenden Angaben der Hebam und des Ehemannes, wer von beiden die Initiative zu der Herb holung des Arztes ergriff; aber ich betone, dass nach Aussage Arztes bald, nach Aussage der Hebamme erst später ein circu scripter tumorähnlicher Bluterguss in der linken Seite des Unt leibes der denata bestand. Dieser Umstand beweist, dass der Riss sprünglich incomplet war und der Bluterguss nur in das subperiton Zellgewebe stattfand; sonst hätte er ja nicht die tumorform annehm können. Ein freier Erguss in die Bauchhöhle fand ursprünglich ni statt. Wenn aber — und dieses ist ja durch die Section sicher na gewiesen — später ein completer Riss bestand, so muss, da na der Form des Blutergusses und der eigenen Aussage des Arz derselbe ursprünglich unvollkommen war, die Ruptur durch Wendungsversuche des Arztes erst zu einer vollkommen geworc sein.

Wenn endlich in dem Gutachten auf die Aussage der He amme kein Gewicht gelegt wird, weil ihr jedes Beobachtungstale fehlte, da sie die Querlage des Kindes so lange verkannt ha so ist dies zum mindesten ein sehr hartes Urteil, da ja auch herbeigeholte Arzt zunächst die Nase des Kindes zu fühl glaubte, während, wie sich später herausstellte, dies das Schult blatt war. Wenn aber der Mangel des Beobachtungstalentes w terhin zu motiviren versucht wird, durch die Aeusserung der He amme, dass bei der Untersuchung „sich die Wandungen der Gebärm ter bereits völlig vom Körper des Kindes zurückgezogen hatten", wä rend sie doch nach der Meinung der Begutachtenden infolge mehrere Stunden vorher abgeflossenen Fruchtwassers naturgemä straff um das Kind anliegend sein mussten, so kann dieses Mo nicht anerkannt werden. Die Hebamme hat vielmehr vollkomm richtig die Sachlage bei vernachlässigter Querlage und drohend uterusruptur geschildert. Hierbei wird bekanntlich das Kind den Dehnungsschlauch und in die Scheide geboren und verlässt fa ganz den uterus, so dass dessen Wandungen in der That sich v lig vom Kindskörper zurückgezogen haben, wie in Tafel III (F 5 und 6) des Bandl'schen Werkes auch bildlich klar dargestellt i

Es bleibt mir nur noch übrig, mich mit demjenigen Teil d Gutachtens zu beschäftigen, worin die Obducenten das Zustand

ommen einer Gebärmutterzerreissung im allgemeinen und, gestützt uf den Obductionsbefund, in dem vorliegenden speciellen Falle zu rklären und daraus die Schlussfolgerung zu ziehen versuchen, dass ier die Vorbedingungen zu einem spontanen Gebärmutterriss fehlen, und dass denata an innerer Verblutung und consecutiver peitonitis infolge der Ruptur gestorben sei.

Was zunächst die Folgerung betrifft, denata sei an einer nneren Verblutung gesorben, so ist dieselbe als irrig zu bezeichnen. Schon oben ist darauf hingewiesen, dass eine gesunde, kräftige Frau, wie es die Kreissende war, an einem Blutverlust, der uf höchstens 420 Gramm geschätzt wird, nicht zu Grunde gehen onnte. Vielmehr ist sie meiner Meinung nach an einer akuten epsis gestorben, die sich im Anschluss an die Ruptur so sehr äufig findet. Allerdings ist die Zeit bis zum Tode eine äusserst urze gewesen. Indessen kann ja die Kreissende aber vor der ntbindenden Operation inficirt sein, denn dass in besonders schween Fällen die Sepsis sehr rapide verläuft, ist bekannt. Die Entvickelung der akuten septischen peritonitis wurde allerdings begünstigt durch den Bluterguss in die Bauchhöhle, da das Blut einen usgezeichneten Nährboden für die Entwicklung der durch die Hand der Hebamme wie des Geburtshelfers höchstwahrscheinlich ingeführten pathogenen Mikroorganismen bot und das peritoneum usgezeichnet geeignet für deren Weiterverbreitung war. Die von em behandelnden Arzte nach vollbrachter Entbindung angeordneen kühlen Einspritzungen mögen in dieser Hinsicht noch begünsigend gewirkt haben.

Die Bauchfellentzündung, welche, in bandförmigen Neubilungen bestehend, nur eine beschränkte Ausdehnung angenommen atte, war eine alte abgelaufene, und die bandförmigen Neubildunen waren Residuen derselben, da sich in der kurzen Zeit von ca. 0 Stunden keine so derben Pseudemembranen bilden können.

Wenn die Obducenten ferner behaupten, der Tod sei durch ähmung des Herzens eingetreten, so haben sie vollständig Recht. hre Annahme aber, die Ursache sei allgemeine Anaemie der leenswichtigen Organe gewesen — das anaemische Aussehen derelben ist schon oben erklärt — muss ich als nicht richtig beeichnen. Vielmehr ist die Herzlähmung zu Stande gekommen, urch das wahrscheinlich hohe Fieber, welches mit der schweren nfection einherging. Die allerdings sehr mangelhaften Angaben es behandelnden Arztes über den Zustand der Wöchnerin bis zu hrem Tode lassen sich gleichfalls viel eher auf die Entwicklung iner akuten septischen peritonitis als auf eine Verblutung beziehen, enn die letztere müsste mit Ohnmachten, Collapszuständen, Errechen und mangelnder Contraction des uterus einhergehen, wäh-

rend gerade umgekehrt nach der Angabe des Arztes 12 Stund
p. p. der uterus gut contrahirt, der Puls schnell, kaum fühlbar w
und die Geschwulst (angeblich der Bluterguss) zugenommen hat
und schmerzhafter geworden war. In Wirklichkeit wird dies
letztere Symptom wohl auf eine peritonitische Auftreibung des L
bes zu beziehen sein, die sich bei denata unter dem kleinen, j
genden, fadenförmigen Pulse einstellte.

Es ist noch die Ansicht der Obducenten über das Zustand
kommen einer uterusruptur zu widerlegen. Sie halten die spo
tane Entstehung einer Gebärmutterzerreissung nur möglich zunäch
bei krankhafter Beschaffenheit der uteruswandungen, sie berück
sichtigen dabei nicht den Sectionsbefund, der sich bei allen
spontaner Gebärmutterzerreissung verstorbenen Kreissenden erga
dass an den „inneren Organen kein Makel“ zu finden war. (Ban
pg. 10). Nach allen hervorragenden Lehrbüchern der Geburtshil
(Spiegelberg pg. 604 — Kleinwächter pg. 446 — Zweifel pg. 44
giebt es keine Prädisposition zum Eintritte des Risses im Gewe
des uterus, der Riss „erfolgt nur beim gesunden uterus.“ (Klei
wächter.) Aber selbst wenn wir auf die durch die Wissenschaft läng
überholte Ansicht der Obducenten, dass eine Entartung der Gebä
mutterwand zum Gebärmutterriss disponire, eingehen, so müsst
wir grade bei denata eine Verminderung dor Widerstandsfähigke
der uteruswandungen durch die bei der Section gefundenen alt
peritonitischen Membranen annehmen, durch welche die regelmässig
peristaltischen Contractionen des Hohlmuskels und die Dehnung
fähigkeit des unteren Uterinsegmentes gewiss beeinträchtigt werd
konnte.

Ferner nimmt das Gutachteu fälschlicher Weise die Tha
sache, dass denata eine IX para war, die frühere Geburten leic
überstanden hatte, als Ausgangspunkt für seine zweite Behauptun
dass keine Beckenverengerung, die zum Eintritt einer Ruptur di
ponire, vorhanden gewesen wäre. Grade bei Mehrgebärenden komm
die spontane Ruptur am häufigsten vor, und es ist bei ihnen ei
Prädisposition insofern vorhanden, als „das collum uteri in Folg
wiederholter Dehnung bei vorausgegangenen Geburten wenig
widerstandsfähig geworden ist und durch Deviation des uterus z
Seite und besonders nach vorn in Folge Lockerung der Befest
gungsmuskel des uterus am Becken vorwiegend einseitig gedeh
wird.“ (Spiegelberg pg. 604.) Ferner sind die leicht überstand
nen früheren Geburten kein Beweis gegen die Annahme eines e
gen Beckens. Einmal kommt die spontane Ruptur beim einfa
glatten oder rhachlitischen Becken mit einer conjugata von 8 —
cm. sehr häufig vor. Ein Becken mit einer conjugata von d
genannten Länge lässt die Erstgebärenden eine spontane Gebu

. Andererseits nimmt mit der Anzahl der Geburten die Grösse r Frucht zu, wodurch bei den späteren Geburten Kunsthilfe notendig wird. Auf den Umstand, dass die vorangegangene Geburt nes toten Kindes ein enges Becken nicht unmöglich erscheinen sst, ist schon oben hingewiesen. Selbst wenn aber Beckenenge cht vorhanden gewesen wäre, so hätten doch Exostosen oder das genannte Stachelbecken die Ruptur veranlassen können.

Weiterhin ziehen die Gerichtsärzte aus der Dicke der Wanungen der Gebärmutter, die beiderseits nahe an 3 cm. betrug, den lschen Schluss der violenten Entstehung der Ruptur. Bandl sah e bei spotaner Ruptur eine „partielle Verdünnung" der uterusndungen und Hohl (pg. 636) sah ebenfalls spontane uterusrupr „ bei mangelnder krankhafter Beschaffenheit des uterusgewebes s bei gleichzeitig bestehendem räumlichen Missverhältnisse." Dass zteres hier bestand, geben die Obducenten auch nicht zu, weil sich immer in dem circulus vitiosus bewegen, es sei kein enges ecken vorhanden gewesen. Dazu käme, dass die Wehen nicht irmisch gewesen seien, dass sie somit nicht hätten eine spontane ptur bewirken können. Sie übersehen hierbei die Lehre, dass die ptur bereits incomplet erfolgt sein kann, ohne dass die überschende Wehenlosigkeit eintritt (Spiegelberg pg. 612), wie es bei mpleter Ruptur der Fall zu sein pflegt. Es ist schon oben berkt, dass die Ruptur bei Ankunft der Hebamme vielleicht schon omplet eingetreten sei und die Wehen schwächer geworden seien. übrigen lässt sich durchaus nicht feststellen, ob die Wehen cht vor Ankunft der Hebamme stürmisch waren, wie dies die ducenten als Vorbedingung für die Entstehung der uterusruptur rlangen, so dass die fruchtlosen und angestrengten Wehen bei gleich vorhandener Querlage sehr wohl die Entstehung einer ontanruptur in diesem Falle erklärlich erscheinen lassen.

Schon oben habe ich darauf Bezug genommen, dass die Ruhe d der Mangel jeder Schmerzempfindung der denata während der ntersuchung seitens der Hebamme mit der vollen Hand gegen die olente Erzeugung einer uterusruptur durch und während dieser ntersuchung spricht, dass ebenso die Fortdauer der wenn auch nwachen Wehen bis zur Ankunft des Arztes sich nicht mit dem rhandensein einer completen Ruptur zu dieser Zeit vereinbaren st und dass endlich das Bestehen einer Blutgeschwulst in der ken Seite des Unterleibes beim Beginn der Wendung seitens des ztes höchstens die Annahme einer incompleten Ruptur zu dieser it zulässt. Zudem stehen sich hier noch die Aussagen des Arzt und der Hebamme gegenüber, welche letztere diese Auftreibung der linken Bauchseite vorher nicht bemerkt haben will, auch cht zu der Zeit, als die Wendung begonnen wurde.

Nur ein Moment würde für die violente Entstehung des G bärmutterrisses sprechen, gleichviel ob durch die Hebamme o den Arzt verursacht: es ist dies der Sitz des Risses an derjeni Seite, wo der Steiss der in Querlage befindlichen Frucht gele haben soll. Nun ist dieser Punkt aber grade ein sehr streiti nach den divergenten Aussagen der Hebamme und des Arzt Die Hebamme giebt an, dass sie durch die Untersuchung mit vollen Hand zu der Ueberzeugung vom Vorhandensein einer zw ten Schulterlage mit Vorliegen der rechten Schulter, das wäre a II. Querlage, 2. Unterart, Kopf rechts, Steiss und Füsse in linken Mutterseite, Rücken des Foetus nach hinten gekehrt, — gek men sei. Nach der Aussage des Arztes fand er bei der Un suchung zuerst das Schulterblatt, ferner angeblich den Kopf in rechten, den Steiss in der linken Mutterseite. Demnach mus nach seinem Befunde die II. Querlage, erste Unterart — Rück nach vorn gekehrt — vorgelegen haben. Welcher Arm bei ginn der Wendung vorgefallen war, darüber spricht sich, obgle dies sehr leicht zu constatiren gewesen wäre, der Arzt nicht aus, und Mangel der Section des Kindes lässt auch die nachträgliche F stellung nicht zu. Da mithin die Aussagen der Hebamme und Arztes sich in Bezug auf die Kindslage ziemlich erheblich wid sprechen, so müssen wir die Frage, in welcher Mutterseite Steiss und der Kopf des Kindes gelegen habe, als nicht genüge geklärt bezeichnen. Wir dürfen uns nicht für berechtigt eracht willkürlich in diesem Falle eine Abweichung von dem Gese zu statuiren, dass der Riss regelmässig an der Stelle der stärks Dehnung des unteren Uterinsegmentes durch den Kopf und ni durch den Steiss des Kindes zu Stande kommt. Es kann mithin Thatsache, dass der uterus links war, wo angeblich der Steiss Kindes gelegen haben soll, nur als nicht genügend aufgeklärt ten und nach dem Grundsatze: in dubio pro reo nicht ge die Angeklagte geltend gemacht werden.

Es bleibt somit von der Schlussfolgerung des Gutachte dass die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit nicht abzuweisen die unbefugten und nicht mit der nötigen Vorsicht vorgenomme Wendungsversuche seitens der Hebamme hätten den Gebärmut riss verschuldet, ebenso wenig bestehen, wie von dem vorläufi Gutachten der Obducenten, dass denata an innerer Blutergiess in die Unterleibshöhle infolge des Einrisses in der linken Geb mutterwand sowie an einer entzündlichen Affection des Bauchf (wenigstens nicht an einer solchen im Sinne der Obducenten) storben sei. Denn auf die Frage des Richters, ob die konstat Bauchfellentzündung allein geeignet gewesen wäre, den Tod denata herbeizuführen, erklären die Sachverständigen, dass

icht der Fall gewesen, weil dieselbe (nämlich die fälschlich für in Produkt der frischen peritonitis von den Obducenten angesprochenen strangförmigen Neubildungen) eine „viel zu beschränkte Ausdehnung" angenommen haben. Ebenso erachte ich durch die Punkt für Punkt erfolgte Widerlegung des motivirten Gutachtens der Sachverständigen auch deren fernere Annahme beseitigt, dass der Einriss in der linken Gebärmutterwand nicht von selbst entstanden sein könne, dass er vielmehr durch die Einwirkung einer von aussen kommenden, mechanisch wirkenden Gewalt hervorgebracht sei.

Wenn ich nun schliesslich gegenüber dem motivirten Gutachtens der Sachversändigen meine eigene positive Ansicht über den Geburtsverlauf und über die Entstehung des Gebärmutterrisses aussprechen soll, so nehme ich auf Grund der ermittelten Thatsachen und des allerdings sehr unvollkommenen Obductiousbefundes folgendes an:

Es bestanden bei denata, wenn man überhaupt, wie es die Obducenten thun, noch an der Annahme einer Prädisposition zur Spontanzerreissung im Gewebe des uterus festhalten will, in der That genügend Gründe dafür, und zwar:

1. ein schlecht involvirter uterus einer multipara, die bereits 8 Geburten, darunter jedenfalls eine schwerere mit Totgeburt, überstanden hatte.
2. Alte feste Pseudomembranen im kleinen Becken als Zeichen einer in dem früheren Wochenbett überstandenen pelvio-peritonitis und hierdurch verminderte Fähigkeit des uterus zu gleichmässiger wirksamer Contraction bei der Geburt.
3. Querlage — bis zur Ankunft der Hebamme wahrscheinlich stürmische und wegen der Querlage fruchtlose Wehen.
4. Möglicherweise ein allerdings nur mässig verengtes plattes Becken, dass seinen Einfluss erst bei der falschen Lage des Kindes geltend machte.
5. Ziemlich lange Wehendauer — bis zur Ankunft der Hebamme 18, bis zur Ankunft des Arztes über 20 Stunden — Abgang des Fruchtwassers schon drei Stunden vor Ankunft der Hebamme, so dass
6. der Foetus bei ihrer Untersuchung mit der vollen Hand den uterus (Hohlmuskel) schon grösstenteils verlassen hatte und in das enorm gedehnte untere Uterinsegment geboren war.
7. Ziemliche Entkräftung der Kreissenden bei der Ankunft der Hebamme, bei jetzt nur schwachen Wehen und Empfindlichkeit des Unterleibes gegen äussere Berührung.
8. Abgestorbensein des Kindes bei Ankunft der Hebamme in

Folge vorangegangener, offenbar stürmischer Wehen und sta
gehabter dauernder Störung des Placentarkreislaufes.

Alle diese Momente zusammengenommen bieten dasjeni
Bild dar, welches Bandl sehr treffend „für die Ruptur ausgebilde
Verhältnisse“ nennt. Die Hebamme mag nun das Querlager er
weder nur zur Untersuchung mit der vollen Hand oder — wie auc
ich glaube — zu allerdings eigenmächtiger und ihr in diese
Falle nicht gestatteten Vornahme der Wendung hergestellt habe
kann aber jedenfalls bei ihrem Vorgehen nicht, wie das Gutachte
ihr vorwirft, die nötige Vorsicht aus den Augen gelassen habe
da sie nachgewiesener Massen bei dieser Untersuchung oder selb
bei diesem Wendungsversuch der denata keine Schmerzen veru
sachte, wie dies bei rohen Manipulationen und gewaltsamer Durch
bohrung des vorher nicht gedehnten unteren Uterinsegmentes unve
meidlich der Fall gewesen wäre.

Der Umstand, dass nach der Untersuchung seitens der Heb
amme mit der vollen Hand keinerlei äussere Blutung, keiu irgen
wie stärkerer Collapszustand als vorher sich zeigte, kein Zurückweiche
des vorliegenden Kindesteiles stattfand, dass vielmehr die Wehen un
verändert, wenn auch schwach fortdauerten, ja sogar in einem gegebene
Moment bei stärkerer Anstrengung der Bauchpresse zweck Uriniren
sich zu erheblicher Stärke steigerten, wobei auch der Arm des Kinde
vorfiel, spricht ganz entschieden gegen die Annahme, dass die Un
tersuchung oder der Wendungsversuch der Hebamme den Gebär
mutterriss erzeugt habe. Vielmehr scheint derselbe längere Zei
nach ihrer Untersuchung und zwar in dem Zeitpunkt entstanden
zu sein, als die Wehen sich so verstärkten, dass denata glaubte
der Augenblick der Geburt sei gekommen, und als gleichzeitig de
Arm vorfiel. Jedenfalls war der in diesem Moment entstandene
Riss erst inkomplet, d. h. er durchdrang die Muskulatur und hob
durch den ihn begleitenden Bluterguss in dass subseröse Zellgewebe
das den uterus bekleidende Bauchfell ab. So entstand auch die
Blutgeschwulst in der Unterbauchgegend, die der Arzt, sei es so
fort bei Beginn der Wendung, sei es nach ihr, bemerkt hatte.
Dieser incomplete Riss wurde durch die Wendungsversuche des
Arztes — allerdings ohne dass demselben deshalb eine Schuld bei
gemessen werden könnte — zu einer completen, jetzt auch das pe
ritoneum durchdringenden gemacht. Nunmehr kam es zu einem
freien Bluterguss in die Bauchhöhle. Dieser letztere war jedoch
nicht so bedeutend, dass er selbst in Verbindung mit dem geschil
derten, nur mässigen Blutverlust nach aussen den Verblutungstod der
denata hätte bedingen können. Vielmehr sprechen alle Zeichen
dafür, dass sie allerdings unter Begünstigung durch den Gebär
mutterriss und das in die Bauchhöhle frei ergossene Blut an akuter

ptischer peritonitis zu Grunde ging, deren Entstehung dem Ein-
ingen von pathogenen Mikroorganismen bei den verschiedenen
anipulationen seitens der Hebamme und des Arztes zuzuschreiben
t, ja vielleicht direkt durch die vom Arzt nach Vollendung der
ntbindung verordneten Scheideneinspritzungen begünstigt wurde.

Ich resumire mithin mein Gutachten dahin, dass

I. denata an akuter septischer peritonitis in Folge der erlittenen Gebärmutterzerreissung gestorben ist.

II. Dass diese peritonitis aber keine notwendige Folge der erlittenen uterusruptur war, da sie bei Umgehung der Infection von aussen seitens der Hebamme und des Arztes vermieden werden konnte und in vielen ganz ähnlichen Fällen vermieden worden ist.

III. Dass die Vorbedingungen zur Entstehung einer spontanen uterusruptur bei denata in vollem Maasse vorhanden waren, und dass aus der Geburtsgeschichte wie aus dem Sectionsbefunde in keiner Weise gefolgert werden kann, dass die Ruptur eine violente war.

IV. Dass die Untersuchung, resp. der Wendungsversuch der Hebamme in keiner Weise die Entstehung der Ruptur begünstigte oder die letztere direkt erzeugte.

V. Dass vielmehr alle klinischen Symptome dafür sprechen, dass der Riss erst längere Zeit nach der letzten Untersuchnug oder Wendungsversuche seitens der Hebamme und zwar zunächst als inkompleter entstand und später bei der notwendigen Vollendung der Wendung durch den Arzt complet wurde.

Es erfolgte in diesem Falle übrigens die Freisprechung der ebamme seitens des Gerichtshofes.

Als weitere Aufgabe habe ich es mir gesetzt, aus vorstehen
em Falle allgemeine Gesichtspunkte abzuleiten, wodurch eine
ontane von einer violenten uterusruptur unterschieden werden kann.

Was zunächst das Vorkommen der uterusruptur anbetrifft,
e gewöhnlich eintritt „bei einem räumlichen Missverhältnisse, bei
ngem Becken, bei abnormer Fruchtlage, bei zu grossem Kinds
opfe, bei fehlerhafter Haltung der Frucht“ (Bandl pg. 22), s
erden am meisten die Frauen von ihr betroffen, die in einem Al-

ter von 35 bis 40 Jahren stehen. (Bandl pg. 10). Selbstverständli
hängt diese Thatsache nicht mit dem Alter zusammen, sondern n
dem Umstande, dass 30 – 40 jährige Frauen meistens multipar
sind. Die Ruptur trifft man häufiger bei Mehrgebärenden als
Erstgebärenden. Letztere sind in ungefähr 12 von 100 Fällen
teiligt (Spiegelberg pg. 604). Nach ihm (ibidem) werden multipar
desshalb mehr von der Verletzung betroffen, weil das „collum ute
infolge der früheren Geburten weniger widerstandsfähig geword
ist und durch Lockerung der Befestigungsmittel des uterus vorwi
gend einseitig gedehnt wird." Bandl spricht sich hierüber folge
dermaassen aus: „Bei Mehrgebärenden weicht der uterus, wenn
schon einmal oder mehreremal ein räumliches Misverhältni
überwunden hat, viel früher und leichter aus seiner Lage; es komm
dadurch oft schon frühzeitig zu einer abnormen Ausdehnung d
cervix und zur Gestaltung der Verhältnisse, von der die cervixru
tur ausgeht." Unter dem Bandlschen cervix ist der untere Teil d
uteruskörpers und der obere des Halses zu verstehen. — In dem G
webe des uterus giebt es sonst keine Prädisposition zum Eintrit
des Risses, abgesehen von Narben nach überstandenem Kaiserschni
und schon einmal erfolgter Ruptur und von Neubildungen. Beid
wird sich leicht durch die Section nachweisen lassen. Im Ce
tralbl. f. Gynaek. 1885, Jahrgang IX No. 4 pg. 62 sqq. sind v
Franz verschiedene Fälle von spontaner uterusruptur mitgetei
Es ist hierbei bemerkt: „Sämtliche mitgeteilten Fälle waren mu
tiparae ohne bedeutende Beckenverengerung". In der That sind
Becken mit einer conjugata von 8 — 9 cm., also einfach platt
weniger häufig rhachitische, die zum Eintritt einer spontanen Rupt
Veranlassung geben. (Bandl pg. 27). Nun ist es ja allerding
allgemein bekannt, dass bei engem Becken uterusrupturen eintrete
Nicht so bekannt ist aber die Bandl'sche Lehre, dass das einfa
platte Becken mit mässig verengter conjugata eine Ruptur meiste
veranlasst. Als prädisponirendes Moment ist an dieser Stelle no
das Stachelbecken anzuführen.

Doch ist das Nichtvorhandensein von Beckenenge auch nic
beweisend für die Annahme einer violenten Entstehungsweise d
Risses. Hofmeier erzählt (Centralbl. f. Gyn. 1881 V No. 26 pg. 62
von einem Falle, bei dem „keine Prädisposition, kein enges Becke
keine abnorme Wehenthätigkeit, keine Veränderung im Gewe
des uterus vorhanden war" und doch der uterus spontan rupturirt
Abnorme Wehenthätigkeit, die auch als Ursache der Ruptur ang
sprochen wird, fehlt mitunter, so in dem Falle Winter's, (Centralb
1887. IX. No. 5 pg. 75) bei dem die Ruptur erfolgte, „ohne da
nur einige kräftige Wehen dagewesen wären". Sollte man hierg
ren einwenden können, es wäre in diesem Falle hydrocephalus (d

ch wirklich bestand) die Ursache zur Ruptur gewesen, so kann gen diesen Einwand die Erfahrung Ingerslev's (Centralbl. 1879 I. No. 11 pg. 286 angeführt werden: „nicht immer war eine beders anstrengende Geburtsarbeit nötig; aber gefahrdrohende annung und Verdünnung des cervix uteri kann zu Stande kommen unter einem von gewöhnlichen Verhältnissen wenig abweichenen Geburtsverlaufe". Der Salomonsensche Fall (Centralbl. 1883 VII o. 36 pg. 583) beweist dies: eine IV para erlitt 4 Stunden nach m Geburtsanfange eine Ruptur, ohne dass Beckenenge oder stürische Wehenthätigkeit vorhanden gewesen wäre, ebenso der Fall n Lederer (Centralbl. 1887 X1 No. 38 pg. 615).

In der oben angezogenen Mitteilung von Franz ist ferner gegt: „ Die Symptome erwiesen sich nicht als so prägnant, wie sie wöhnlich geschildert werden; einige Fälle boten beinahe keine ymptome dar." Zweifel (pg. 443) erklärt damit übereinstimmend: Wenn es auch vorkommt, dass die Zerreissung so unerwartet ntritt wie ein Blitz aus heiterem Himmel, so ist dies immer eine usnahme". Als significante Symptome einer uterusruptur werden rlangt: plötzliches Aufhören der Wehenthätigkeit, Blutung nach ssen, Collaps und Wiederherstellung der Beweglichkeit des vorr fest eingekeilten vorangehenden Kindesteiles. Es ist aber herorzuheben und forensisch wichtig, dass diese Erscheinungen nur ei plötzlich eintretender kompleter Ruptur eintreten, während e bei inkompleter gewöhnlich mangeln. Nach Schröder (pg. 682) önnen die meisten dieser Symptome fehlen und kann die Ruptur nter auffallend geringen Erscheinungen vor sich gehen".

Zunächst fehlt fast immer bei inkompleten Rupturen die iberraschende Wehenlosigkeit; die Wehen können ruhig fortdauern" Spiegelberg pg. 612).

Die Blutung braucht nicht immer nach aussen zu erfolgen, weil der vorliegende feststehende Kindesteil den Muttermund abhliessen kann. Erst bei der Untersuchung rieselt Blut über die inger herab, wenn mann den Kindesteil etwas nach oben oder itlich dislocirt"(Spiegelberg pg. 613) oder „der Fruchtteil bewegch wird". (Kleinwächter pg. 448). Dann erst erfolgt „Blutung ch aussen und innen unter das peritoneum und in die Bauchhle, wenn die Ruptur komplet geworden und das Kind ganz oder ilweise in die Bauchhöhle getreten ist". (Bandl pg. 77). Bei kompleten Rupturen ensteht das sogenannte „subperitonale Haeatom zwischen Blase und uterus, also an der vorderen Cervical- nd Scheidenwand, das sich hier als eine umfangreiche teigige Gehwulst präsentirt und deshalb diagnostisch wichtig ist". (Spiegelerg pg. 613). Seltener findet sich ein subperitoneales Emphysem. Spiegelberg ibidem). Das subseröse Haematom kann sich auch

nach der Geburt erst ausbilden, wie der Kroner'sche Fall bewe (Bresl. Aerztl. Zeitschr. 1883 V pg. 174) und wie auch Spieg berg(pg. 614) erwähnt. Es ist also nicht als die Folge der bee deten Geburt anzusehen.

Collaps wird auch nicht immer eintreten müssen, wie es d vorhin citirte Fall Lederer's beweist und ein an derselben Ste angeführter, von ihm betrachteter anderer Fall. Oft weiss die v der Verletzung betroffene Frau nicht, dass das Ereigniss eingetr ten ist. (Bandl Fall VIII). „Der eigentümliche Puls kann si ganz allmählich ausbilden und als Symtom einer durch lange G burtsarbeit verursachten Erschöpfung oder einer unter derselb schon entwickelten Infectionsperitonitis gelten".

Die Bandlsche Furche zeigt sich oft bei drohender uterusru tur. Sie ist der Ausdruck „der Grenze zwischen Muskelsubsta des uterus und cervix". (Bandl pg. 65). Sie lässt sich fühlen od schen 2 - 3 Finger breit unter Nabelhöhe, weil der cervix so g dehnt wird, dass das „ ostium internum 2 - 3 Finger breit unter de Nabel steht." (Bandl pg. 65). Doch spricht das Fehlen dies Furche keineswegs gegen eine bestehende oder drohende uterusru tur — in dem Kroner'schen Falle war sie nicht wahrzunehmen - so, „wenn die Bauchdecken dick oder meteoristisch aufgetrieb sind; auch kann inniges Anliegen des uterus an dem Halse od an einer anderen schmalen Stelle des Kindskörpers dieses Zeich vortäuschen." (Spiegelberg pg. 607).

Nun werden ja allerdings mehrere oder wenigstens eines di ser Symptome bei drohender uterusruptur zur Erscheinung komme Aber „alle diese Erscheinungen können auch anderer Umstän wegen erfolgen. Die sichere Diagnose der Ruptur und des Austri tes des Kindes giebt nur der leere uterus und das ausser sein Conturen durch die Bauchdecken hindurch ganz oder teilweise füh bare Kind." (pg. 77.) Es wird also kein Geburtshelfer verurtei werden können, der obige Erscheinungen nicht als Symptome ei uterusruptur erkennt und ein regelwidriges Verfahren einschläg resp. überhaupt nicht oder zu spät eingreift.

Wir gehen nun über zu den anatomischen Veränderungen, d eine uterusruptur gesetzt hat. Wie schon in dem ersten Teil de Arbeit erwähnt, ist an den inneren Organen der Verstorbenen aus ser der Anaemie und den Folgeerscheinungen der Ruptur (sc. spo tanen) nichts wahrzunehmen. Die Wandungen des uterus sind 4 - cm. dick; „nie wurde eine partielle Verdünnung seiner Wandunge gesehen" (Bandl pg. 15.) Hohl bestätigt diese Angaben (pg. 636 Der Gerichtsarzt wird also aus der normalen Dicke der Gebärmu terwandungen keinen Schluss ziehen dürfen auf die violente Ve anlassung der Ruptur.

„Der Sitz der Ruptur kann jede Stelle im cervix sein; die ite ist aber öfter, und die linke mehr als die rechte betroffen.“ piegelberg pg. 605).

Die Länge des Risses kann verschiedene Ausdehnung bei spon- ner Entstehung besitzen. Bandl sah ihn 8 — 16 cm. lang. Cas- r-Liman erzählt von einem Falle einer spontanen Ruptur, bei em der Riss eine Länge von 14 cm. hatte.

Der Riss braucht sich nicht allein auf den Gebärmutterhals beschränken; er reicht bis in die Scheide und den Gebärmutterkör- r, wie die Bandl'schen Fälle IX, XI, XII, bei denen die Schei- mit verletzt war, und IV und VIII, wo der uteruskörper an em Riss beteiligt war, beweisen.

Die Richtung des Risses ist verschieden; meistenteils ist er uterus längs eingerissen. Immer war die Längsrichtung vor- anden, „wenn der Riss bei grossen Kindsköpfen oder Schulterlage ntstand, weil dabei die Ausdehnung des cervix in querer Richtung attfand und das Gewebe endlich seitlich platzte.“ Es kommen aber uch quere Risse vor; diese zwar seltener, „wenn der Kopf im all- emein verengten Becken steht.“ (Bandl pg. 20) Nach Hoffmann ngegen verläuft die spontane Ruptur meist quer, seltener longitudi- al (pg. 261). Es kann selbst ein querer Riss in einen Längsriss nmünden (Bandl'schen Fälle IV, VII). Es spricht also nicht blos n Längsriss allein für eine spontane Ruptur, und es wird ie Verschiedenheit der Rissrichtung und die Möglichkeit des spon- nen Weiterreissens in dem Falle zu berücksichtigen sein, in dem er Geburtshelfer instrumentelle Hilfe anwandte, wodurch ihm leicht er Vorwurf der gewaltsamen Zereissung gemacht werden kann. Die oigen Angaben Bandl's bestätigt Schröder (pg. 681) und Spiegel- erg (pg. 605). Nach letzterem ist die Richtung jede mögliche, die ängsrichtung aber die häufigere. Ganz besonders hervorzuheben t die von ihm (pg. 606.) erwähnte zackige Beschaffenheit der änder, die also nicht eine instrumentelle Verletzung voraussetzt, ie der schon erwähnte Fall Hofmeier's beweist. „In Einzelfälllen llerdings wird aus dem Sectionsbefunde die Schuld des Geburts- elfers hervorleuchten, wenn z. B. der ganze uterus gewaltsam her- usgerissen wird oder mit der Trepankrone perforirt wird wenn urch rohe Lösung der Nachgeburt ein Loch im uterus an der Pla- entarstelle entsanden ist, wenn der Arzt das über dem tief im ecken stehenden Kopf ausgespannte untere Uterinsegment nicht rkennt, dasselbe mit in die Zangenlöffel fasst und zerreisst oder enn endlich die Scheide mit Instrumenten dnrchstossen und vom terus abgerrissen wird.“ (Rheinstädtner in Viereljahrsschr. f. ge- chtl. medicin. XXXVII 1882 pg. 82). Plenio macht darauf auf- erksam, dass für violente Rupturen der auschliessliche Sitz des isses corpus uteri, wie in seinem Falle, characteristisch

sei gegenüber den spontanen oder „Wehenrupturen," die
cervix oder unteren Uterinsegment beginnen und sich entweder a
dieses beschränken oder auch von hier aus sich nach oben (allerdin
selten) in das corpus uteri hinein und nach unten (dies etwas häu
ger) mehr oder weniger tief in die Scheide erstrecken können.
(Centralbl. f. Gynaek. 1885 IX No. 47 pg. 737). Natürlich ka
aber auch ein traumatischer Riss im cervix beginnen, ein viel hä
figeres Vorkommnis als der primäre Ursprung im corpus ute
Ebenso kann durch mechanische Gewalt manuell oder mittels Istr
menten die Scheide vom uterus abgerissen oder ein uterusriss ti
in die Scheide fortgesetzt werden. Beweisend für traumatische En
stehung ist nur der ausschliessliche Sitz im corpus uteri. Ruptur
die im cervix sitzen oder von diesem ausgehen, können spontan od
violent sein.

Wird derjenige, der mit der heutigen Lehre von der uterusrupt
nicht vertraut ist, schon dem Geburtshelfer die Schuld an einer G
bärmutterzerreissg. beimessen, wenn der Riss eine grosse Ausdehnun
hat und Scheide und uteruskörper mit in den Riss einbegriffen sind, u
wie viel mehr wird er geneigt sein, den Hülfeleistenden zu verdam
men, wenn das Bauchfell sich ebenfalls als zerrissen erweist, un
besonders dann, wenn der Geburtshelfer instrumentelle Hilfe ang
wendet hat, etwa den stumpfen Haken. Sicher wird gegen d
Annahme einer spontanen uterusruptur der Umstand sprechen, das
„die Risse im peritoneum meist höher liegen als die entsprechen
den Risse im cervix." (Bandl pg. 13). Die Risse bei spontane
Ruptur finden sich nach Bandl (ibid.) meist in dem vorderen od
hinterem Blatte des ligm. latum. Dreimal sah sie Bandl in de
excavatio vesicouterina und nimmt handbreit über dem linke
ligm. latum. Öfter sah er mehrere Risse im peritoneum.

Nach Spiegelberg hängt die Erhaltung des peritoneum wesentlic
vom Sitze der Ruptur und davon ab, „ob die Frucht garnicht ode
schnell oder almählig durch sie hindurch trat. Beim Sitze an de
vorderen Wand oder hinteren ist die serosa in der Regel durchbro
chen, bei dem seitlichen kann sie erhalten sein." (pg. 605). Nac
Kleinwächter (pg. 447) wird das peritoneum mit zerrissen, „wen
die Wehen sehr kräftig sind und der Riss plötzlich erfolgt." „Nu
das ligm. rotundum ist zu fest, um zu zerreissen, wenn es auch de
Ausdehnung des Risses, der unter ihm durch nach der andere
Seite hinübergehen kann, keine Schranken setzt." (Schröder pg. 681)
Es lässt sich somit aus der Zerreissung des ligm. latum kein Anhalts
punkt gewinnen für die Annahme einer violenten Herbeiführung ei
ner uterusruptur.

Ehe wir eines der wichtigsten anatomischen Symptome der vo
rausgegangenen spontanen Ruptur besprechen, das Verhältniss de

Maasse des cervix zu denjenigen des uterusköpers, lassen wir noch Rheinstädtner (Vierteljahrschr.für gerichtl. Medicn.) kurz Bandls Lehre von der Mechanik der spontanen Gebärmutterzerreissung folgen „Wenn ein räumliches Missverhältniss zwischen dem vorliegenden Kindesteile und dem Beckeneingang besteht, so wird der cervix uteri durch die Wehenkraft derart gedehnt und verdünnt, dass, wenn nicht eine frühzeitige Erlahmung des corpus uteri eintritt und nicht durch Kunsthülfe das Hinderniss überwunden wird, der abnorm gedehnte Cervix zerreissen muss . . . . . Der uteruskörper zieht sich immer höher über den fixen Punkt, den Kopf und Körper des Kindes zurück und kann den cervix derart aus einander zerren, dass der innere Muttermund unter Nabelhöhe zu stehen kommt und das ganze Kind in den cervix hineingeboren wird. Gewöhnlich erfolgt die Ruptur schon früher und zwar nach der am meisten gedehnten Seite des cervix hin, bei Querlagen also nach der Seite, wo der Kopf liegt.“ Bandl giebt am Schlusse seiner Monographie Abbildungen von Längsdurchschnitten durch die cervixwand von Kreissenden, die nicht an Gebärmutterzerreisung starben, und zur Illustration der Dehnung des unteren Uterinsegmentes bei spontaner Ruptur andere Zeichnungen von Durchschnitten des cervix derjenigen Frauen, welche intra partum an spontaner uterusruptur zu Grunde gingen. (Tafel I, Fig. 3 - 6.) Bei denjenigen Frauen, bei denen der uterus nicht rupturirte, ist das untere Uterinsegment im Verhältniss zum Körper dicker und weniger gedehnt. Bei den an der Ruptur verstorbenen Kreissenden ergiebt die Section einen lang ausgedehnten und enorm verdünnten cervix. Es ist bei der Obduction immer auf die Länge des cervix, auf die Dicke seiner Wandungen zu achten, um eine spontane Ruptur auszuschliessen. Auch eine geringe Dehnung des unteren Uterinsegmentes ist nicht beweisend für eine violente Ruptur, weil „der in die Länge gezerrte Cervix nach der Geburt in dieser Richtung sich auch am stärksten verkürzt.“ (Spiegelberg pg. 606.)

Wir wollen an dieser Stelle noch darauf aufmerksam machen, dass Kreissende bei einer plötzlichen Drehung oder bei der Defaecation (Mossberg-Vos-Centralbl. 1880 IV No. 2 pg. 46.) Spontanrupturen erlitten oder wie denata in dem von uns berichteten Falle beim Uriniren oder bei allen erheblichen Steigerungen des intraabdominellen Druckes.

Ferner braucht die Ruptur nicht einmal sofort nach der Geburt zur Erscheinung kommen, wie in dem von Reben beschriebenen Falle (Centralbl. 1879 III No. 20 pg. 551), in dem ein markstückgrosses Loch im uterus erst im Wochenbett peritonitische Erscheinungen hervorbrachte.

Die Section des foetus ist nie zu unterlassen. Ausser hydrox-

phalus giebt es noch andere prädisponirende Momente zum Eintri der Ruptur, so in einem von Chevalier Preston beobachteten Fal (Centralbl. 1883 VII No. 40 pg. 648) ascites des foetus. Es i ausserdem durch die Section meist noch der Sitz der Geburtsg schwulst und dadurch eine nachträgliche Diagnose der Kindslag möglich. Wie unser Fall beweist, widersprechen sich in diese Punkte oft die Aussagen der Hebamme und des behandelnden Ar tes; beide sind ja meist Partei und haben ein Interesse daran, de Sachverhalt zu ihren Gunsten darzustellen. Wenn nun aus de Vergleichung der Zeugenaussagen mit dem Resultat der Obductio des Kindes die vorhanden gewesene Kindeslage sich genau reco struiren und ferner bei der Section der Wöchnerin sich feststelle lässt, dass der Riss nicht auf der Seite der stärksten Dehnung de cervix, also auf der Seite, wo der Kopf lag, sondern auf der Seit wohin der Steiss des Kindes abgewichen war, erfolgt ist, so läss dies fast mit Sicherheit auf eine violente Entstehung der Ruptu schliessen. Allerdings würden auch dann immer noch die individ ellen Verhältnisse des Falles berücksichtigt werden müssen, um de entbindenden Arzt nicht mit Unrecht zu beschuldigen oder zu ha für einen Fehler zu bestrafen, den die Macht der Verhältnisse ih aufzwang. Derjenige Arzt z. B., der zu einem vernachlässigte Falle viele Stunden nach Beginn der Wehen und nach Abflus des Fruchtwassers meilenweit zu armen Leuten auf das Land ge holt wird und dort unter den ungünstigsten äusseren Verhältnisse ohne jede Assistenz und vielleicht mit mangelhaftem Instrumenta rium ausgerüstet ohne Narkose eine schwere Wendung machen mus wird natürlich anders zu beurteilen sein, als der in einer wohlein gerichteten Klinik mit allen nötigen Hülfsmitteln versehene un allseitig unterstützte Operateur.

Es kann mithin als das Resultat dieser Erörterungen Folge des festgestellt werden:

I. Der Sectionsbefund allein giebt höchst selten einen Anhalts punkt für die Entscheidung der Frage, ob der Gebärmutterris traumatisch oder spontan entstanden ist; nur bei ausschliesslicher oder nachweisbar primären Sitz des Risses im corpus uteri (Hoh muskel) oberhalb des Schroeder'schen Contractionsringes ist de erstere Entstehungsmodus anzunehmen, ebenso bei nachweisliche Durchlöcherung oder Durchstossung des uterus oder der Scheid mittels Instrumenten.

II. Weder die absolute Länge des Risses noch dessen Hinüber greifen vom Cervix auf das corpus uteri oder auf die Scheide noch die Beschaffenheit der Rissränder noch der Verlauf des Risse (longitudinal oder transversal) noch endlich die Mitverletzunge des peritoneum und der liggm. lata geben ein Kriterium für di

pontane oder violente Entstehungsweise. Nur wenn bei absoluter Sicherheit über die vorhanden gewesene Kindeslage es feststeht, lass der Riss in derjenigen Seite erfolgte, wo der Steiss des Kindes lag, ist anf Grund der bis jetzt bekannt gewordenen Erfahrungen eine Spontanruptur mit grösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen.

III. Die Dehnbarkeit und Verlängerung des unteren Uterinsegmentes gegenüber dem corpus uteri ist nur in denjenigen Fällen zur Diagnose der Spontanruptur verwendbar, wo der Tod der Kreissenden während oder bald nach der Geburt erfolgte; aber auch dann kann man höchstens behaupten, dass durch die starke Dehnung des unteren Uterinsegmentes alles für die Ruptur vorbereitet war. (Bandl.) Die letztere kann dann immer noch ebenso gut mechanisch bewirkt als spontan ein-getreten sein.

IV. Bei Heranziehung der Geburtsgeschichte zum Beweise der Wahrscheinlichkeit oder Unwahrscheinlichkeit einer Spontanruptur sind die sogenannten klassischen Zeichen einer in der Ausbildung begriffenen oder bei der Ankunft des Arztes schon ausgebildeten Uterusruptur nicht immer in der Vollzähligkeit vorhanden, wie sie die Lehrbücher aufzählen. Es giebt Fälle, wo alle diese Anzeichen fehlen oder wo sie so versteckt sind, dass ihr Uebersehen nicht eine strafbare Nachlässigheit seitens des Arztes bedingt, oder wo sie endlich nach anderer Deutung fähig sind. Es kann also selbst die Combination der Geburtsgeschichte mit dem Sectionsbefunde mit Ausnahme der oben geschilderten eclatanten Fälle (Uteruszerreissung — Durchbohrung des uterus mit der Hand an der Placentarstelle oder mit der Trepankrone im fundus uteri — ausschliesslicher Sitz der Ruptur an letzterer Stelle) noch nicht ein sicheres Kriterium für die Schuld der Hilfe leistenden Person übergeben.

V. Bei Beantwortung der Frage nach der Todesursache der an uterusruptur gestorbenen Frauen ist viel mehr als es bisher nach dem Schema der bekannten Handbücher der gerichtlichen Medicin geschehen ist, auf akute sepsis zu achten. Verblutungstod ist nur anzunehmen, wenn bei stattgehabter innerer und äusserer Blutung der Tod der Entbundenen noch während oder bald nach der Entbindung unter den sicheren Zeichen der acuten Anarmie erfolgte. Anderenfalls auch wenn noch keine mechanischen peritonitischen Symptome auftraten, ist der rasche, 12 — 30 Stunden nach der Entbindung erfolgte Tod der Wöchnerin viel richtiger als bisher durch akute sepsis zu erklären, die so rasch tötet, dass keine Zeit zur Entwicklung peritonitischer Symptome bleibt. Nach dem Stande der heutigen Erfahrungen kann die uterusruptur an sich, wenn nicht gleich hinterher der Verblutungstod eingetreten ist oder bei oder nach der Entbindung eine Infection stattgefunden hat,

nicht mehr als eine absolut tötliche Verletzung erachtet werde
Es ist dies für die Abmessung des Strafmasses von Wichtigkei

Sowohl für das lebhafte Interesse und die liebenswürdige Un
terstützung, die mir während der Abfassung meiner Arbeit vo
Herrn Privatdocenten Dr. Ernst Fraenkel in so reichem Masse z
Teil wurde, als auch für die bereitwillige Ueberlassung des erfo
derlichen Materials und der einschlägigen Literatur, sei es mir a
dieser Stelle gestattet, meinem hochverehrten Lehrer öffentlich me
nen wärmsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Bandl, Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik 1875.
Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe 1886.
Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe 1878.
Kleinwächter, Lehrbuch der Geburtshilfe 1881.
Hohl, Lehrbuch der Geburtshilfe 1862.
Zweifel, Lehrbuch für Geburtshilfe 1887.
Casper-Liman, Handbuch der gerichtlichen Medicin 1882.
Maschka, Handbuch der gerichtlichen Medicin 1882. Band III.
Hoffmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medicin 1884.
Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitäts
wesen XXXVII. 1882 (Rheinstädtner: Die uterusrupturen in forensische
Beziehung) Breslauer herzliche Zeitschrift 1883. E. Kroner: Übe
die Leistungen der geburtshilflichen Poliklinik zu Breslau. pg. 174
Centralblatt für Gynealkologie Jahrgang 1879—80—81—85—87.

Lebenslauf.

Verfasser, Sohn des bereits verstorbenen Cantor Julius Loewy Ohlau, wurde am 7. Februar 1865 in Ohlau geboren. Er be-chte das Gymnasium seiner Vaterstadt von Michaelis bis 1873 und verliess dasselbe am 12. August 1882 mit dem Zeugniss r Reife. Am 20. October desselben Jahres wurde er bei der dicinischen Fakultät der Universität Breslau imatrikulirt und stand daselbst am 25. Juli 1884 das tentamen physikum. Vom April 1886 bis 1. October 1886 fungirte er als Unter-Assistent der unter Leitung des Herrn Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Bier-er stehenden Königl. medicinischen Poliklinik. Im Prüfungsjahre 86/87 absolvirte er in Breslau die medicinische Staatsprüfung. n 1. October 1887 trat er zum Dienst unter der Waffe beim 1. hles. Grenadier-Regmt. No. 10 ein, wurde aber wegen Krankheit n 21. November entlassen und suchte Genesung im elterlichen ause. Am 23. Januar 1888 bestand er vor der medicinischen acultät zu Breslau das tentamen rigorosum. Vom 24. Januar s 12. Februar war er als Assistent des Herrn Dr. La Roche zu egnitz während der dortigen Typhus-Epidemie beschäftigt. Für e mannichfachen Anregungen, die Verfasser von dem genannten errn trotz der kurzen Dauer seiner Thätigkeit in Liegnitz erhielt. richt er ihnen an dieser Stelle seinen besten Dank aus.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesun-en und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Biermer, F. Cohn, H. Cohn, Fischer, Foerster, Fraenkel, ritsch, Gierke, Gottstein, Haeser, Hasse, Heidenhain, Hirt, Josef, oewig, Meyer, Neisser, Partsch, Puntfick, Richter, Richmann, Ro-nbach, Roux, Soltmann, Unverricht, Wernicke.

Allen seinen Lehrern spricht Verfasser hiermit seinen auf-chtigen Dank aus.

H. W. 526

Thesen.

I.

An der zeitweisen Suspension der Hebammen bei Puer
ralerkrankungen muss die beaufsichtigte Desinfection derselben tre

II.

Die Rationelle Behandlung der Geisteskranken kann nur
Anstalten erfolgen.

III.

Das Ichthyol ist kein Antisepticum.